

# 関係機関との連携

## －関係機関との連携方法－

～福祉と医療の連携、福祉と教育の連携、  
家庭との連携～

社会福祉法人 正夢の会 名誉理事長  
市川宏伸

# 利益相反(COI) 開示

発表者名：市川 宏伸

- 演題発表に関連し、開示すべきCOI 関係にある企業などはありません
- 講演においては、(一社)強度行動障害医療学会の勉強会スライドを引用しています。

# 私のスタンプポイント

- 1 もとは薬学の研究者
- 2 医学部に転進し小児科医を目指す
- 3 自閉症に興味を持ち児童青年精神科医へ
- 4 障害児教育との接点を持つ
- 5 一時福祉施設の医務科職員
- 6 知的障害者施設の設立に関与
- 7 現在は:
  - (一社)日本発達障害ネットワーク理事長、  
埼玉県発達障害総合支援センター長  
発達障害情報支援センター顧問
  - (一社)日本自閉症協会会長、
  - (一社)日本児童青年精神医学会元理事長、
  - (社福)正夢の会名誉理事長、
  - (NPO)日本自閉症スペクトラム学会前会長、
  - (一社)強度行動障害医療学会代表

# 私の経験では・・・

- 強度行動障害児者は・・・

言語のない者が多く、IQは測定不能も多い

自ら言語で意思を発動することは少ない

周囲のものは、どう対応してよいか分からない

無理にやらせようとするれば抵抗することが多い

さらに無理強いすれば、結果として虐待となる

現状では、対応は手探り状態である？

# 医療から見る強度行動障害

- 長らく、医療現場では、強度行動障害というより、知的障害を治療の対象とは考えてこなかった
- 児童青年精神医学で注目されていたが、精神神経学会でも強度行動障害に興味を示す医師は増加している
- 福祉における医療への期待も増加してきている
- 一昨年より、強度行動障害医療研究会を立ち上げ、現在学会として240名近くの医師・福祉・教育関係者が参加している
  - ・・・事務局：国立肥前精神医療センター（會田Dr）

# 強度行動障害の行動とは？

- 必ずしも生まれつき存在しているわけではない
- 置かれる環境や、周囲の対応で変わってくる
- 問題行動とは、見る人の主観に基づくものである
- 本人にとっては意味のあるものかもしれない？
- 多くの行動について、本人から語られることは少ない
- 周囲はその意味を推測するしかない
- 推測に基づいて対応して解決すれば、推測は正しい
- 無理やり行動を止めさせるのは得策でないことが多い

# 強度行動障害の背景にあるものは？

- ・知的障害が重いと行動の背景が見えにくいことがある
- ・演者の経験では、70～80%は自閉症が存在する
- ・器質的障害が15～20%か？

脳炎後遺症、結節性硬化症、脳性麻痺、ダウン症、  
重度てんかんなど・・・(脳炎・髄膜炎後遺症の減少)

- ・知的障害のみの人はいどれ程いるのだろうか？？
- ・行動の背景を考えることは支援への第一歩

# 強度行動障害

- 1 福祉療育上の概念
- 2 知的障害の人が示す、「自傷、他傷、破壊行動、感情爆発、飛び出し、多動、こだわり行動など、一連の行動が激しく、かつ頻度も高く発現し、本人も混乱し、周囲も通常のかかわりでは対応しきれず、関係者に与える影響が極めて深刻な状態」
- 3 判定基準表によってチェックした結果、家庭において通常の育て方をし、かなりの養育努力があっても、過去半年以上、さまざまな行動障害が継続している場合、10点以上を強度行動障害とし、強度行動障害特別処遇事業対象としては20点以上とする



# 大島の分類(重症心障害児・者) (IQ)



# 強度行動障害判定基準表

行動障害の内容	1点	3点	5点
1 ひどい自傷	週に1、2回	1日に1、2回	1日中
2 強い他傷	月に1、2回	週に1、2回	1日に何度も
3 激しいこだわり	週に1、2回	1日に1、2回	1日に何度も
4 激しい物壊し	月に1、2回	週に1、2回	1日に何度も
5 睡眠の大きな乱れ	月に1、2回	週に1、2回	ほぼ毎日
6 食事関係の強い障害	週に1、2回	ほぼ毎日	ほぼ毎食
7 排泄関係の強い障害	月に1、2回	週に1、2回	ほぼ毎日
8 著しい多動	月に1、2回	週に1、2回	ほぼ毎日
9 著しい騒がしさ	ほぼ毎日	1日中	絶え間なく
10 <u>パニックがひどく指導困難</u>			あれば
11 <u>粗暴で恐怖感を与え、指導困難</u>			あれば

国立病院機構  
でも開始当時  
は10%の症例  
でしか行われて  
いなかった  
～その後の調  
査で少なくとも  
40%に！！

# 【 強度行動障害入院医療管理加算 】

## I、強度行動障害スコア

(前記参照)

## II、医療度判定スコア

### 1、行動障害に対する専門医療の実施の有無

① 向精神薬等による治療

(5点)

② 行動療法、動作法、TEACCHなどの技法を取り入れた薬物療法以外の専門医療

(5点)

### 2、神経・精神疾患の合併状態

① 著しい視聴覚障害(全盲などがあり、かつ何らかの手段で移動する能力をもつ)

(5点)

② てんかん発作が週1回以上、または6ヶ月以内のてんかん重積発作の既往

(5点)

③ 自閉症等によりこだわりが著しく対応困難

(5点)

④ その他の精神疾患や不眠に対し向精神薬等による治療が必要

(5点)

### 3、身体疾患の合併状態

① 自傷・他害による外傷、多動・てんかん発作での転倒による外傷の治療(6ヶ月以内に)

(3点)

② 慢性擦過傷・皮疹などによる外用剤・軟膏処置(6ヶ月以内に1ヶ月以上継続)

(3点)

③ 便秘のため週2回以上の浣腸、または座薬(下剤は定期内服していること)

(3点)

④ 呼吸器感染のための検査・処置・治療(6ヶ月以内にあれば)

(3点)

⑤ その他の身体疾患での検査・治療

(定期薬内服による副作用チェックのための検査以外、6ヶ月以内にあれば)

(3点)

### 4、自傷・他害・事故による外傷等のリスクを有する行動障害への対応

① 行動障害のため常に1対1の対応が必要

(3点)

② 行動障害のため個室対応等が必要(1対1の対応でも開放処遇困難)

(5点)

③ 行動障害のため個室対応でも処遇困難(自傷、多動による転倒・外傷の危険)

(10点)

\*) いずれか一つを選択

### 5、患者自身の死亡に繋がるリスクを有する行動障害への対応

① 食事(異食、他害につながるような盗食、詰め込みによる窒息の危険など)

(3.5点)

② 排泄(排泄訓練が必要、糞食やトイレの水飲み、多動による転倒・外傷の危険)

(3.5点)

③ 移動(多動のためどこへ行くか分からない、多動による転倒・外傷の危険)

(3.5点)

④ 入浴(多動による転倒・外傷・溺水の危険、多飲による水中毒の危険)

(3.5点)

⑤ 更衣(破衣・脱衣のための窒息の危険、異食の危険)

(3.5点)

\*) 次により配点

・ 常時1対1で医療的観察が必要な場合及び入院期間中の生命の危機回避のため  
個室対応や個別の時間での対応を行っている場合 (5点)

・ 時に1対1で医療的観察が必要な場合 (3点)

「I」が10点以上、かつ「II」が24点以上で加算対象となる

## 強度行動障害入院医療管理加算 (2010～)

I 強度行動障害スコア  
10点以上

II 医療度判定スコア  
24点以上  
(医療必要度で判定)

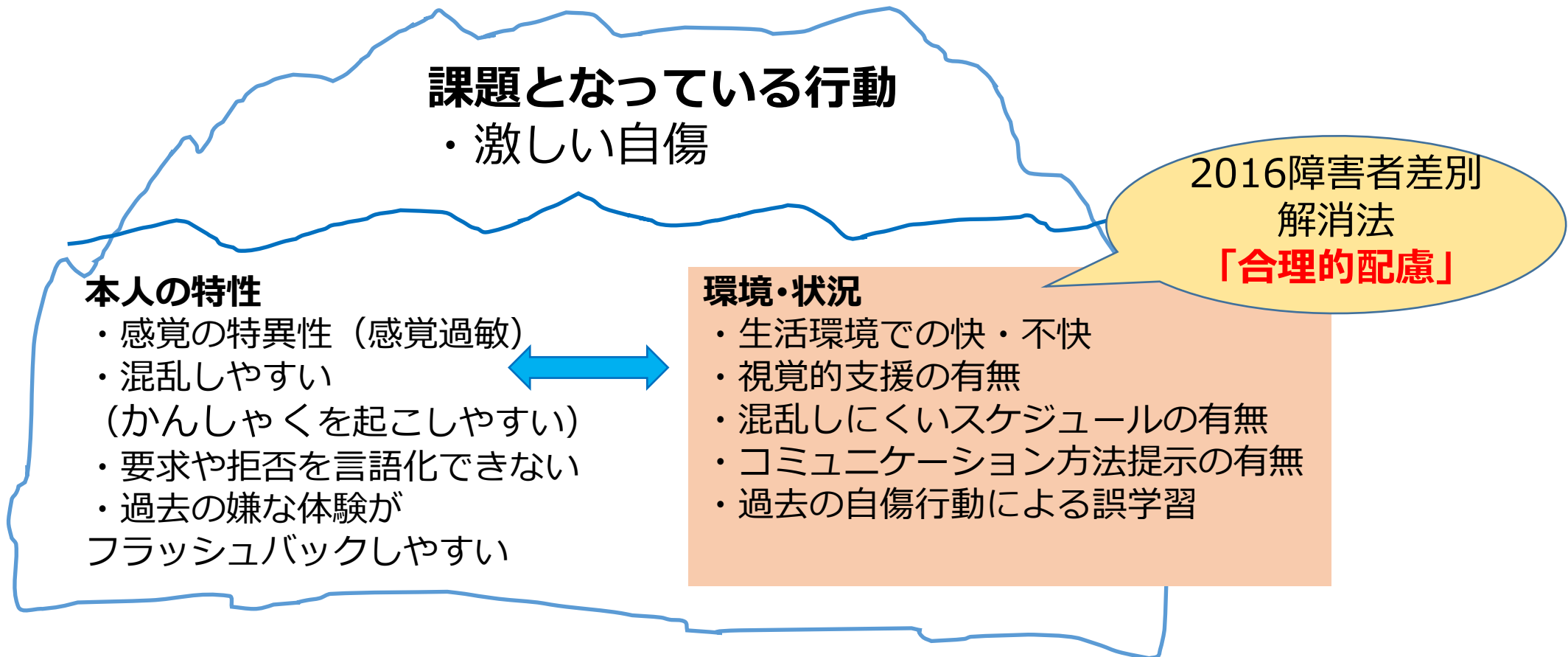
(施設基準は障害者施設等入  
院基本料を算定する病棟と、児  
童・思春期精神科入院医療管理  
加算を算定する病棟)

医療で使用される唯一の指標

# 第1節 行動障害と医学的な診断

# 氷山モデル

⇒表面上の「行動」や「状態」の背景・理由は？  
(特に説明や表現ができない人の場合は？)



# 1－① 診断

以下をふまえて、総合的な判断が必要

## 1) 生来の障害名は何か？

(知的障害、自閉スペクトラム症：ADHD、先天性の症候群など)

## 2) 知的・発達レベルはどのくらいか？

(知能検査・発達検査での数値～IQ・DQ・精神年齢・各項目のアンバランスさ)

## 3) 途中から合併してきた疾患(精神疾患)があるか？

(うつ病、双極性障害、強迫性障害、統合失調症など)

## 4) 身体的な疾患や合併症はあるか？

(てんかん、外傷や皮膚疾患、便秘やイレウス、薬の副作用など)

# 神経発達症

DSM-5-TR(米国精神医学会)2021    ICD-11(邦訳中:WHO)2018

- 知的能力症群
- コミュニケーション症群
- 自閉スペクトラム症
- 注意欠如・多動症
- 限局性学習症
- 運動症群

チック症群

- 他の神経発達症群

- DSM-5-TR, ICD-11とも、神経発達症に、知的発達症を含んでいる
- 誤解を避けるため、障害を病名としていない
- DSM-5-TRもICD-11も診断名はほぼ同じである

- 知的発達症
- 発達性発話または言語症群
- 自閉スペクトラム症
- 発達性学習症
- 一次性チックまたはチック症群
- 発達性協調運動症
- 注意欠如多動症
- 常同運動症
- 神経発達症、他の特定される
- 神経発達症、特定不能

## 1－② 診断・評価することの重要性

- 氷山モデルでの「海水に隠れた左側の部分」  
～「行動」や「状態」の背景・理由が分かる
- 一日、24時間のその人を、たくさんの目で見て、話しあって、理解する  
～説明や表現ができない人の一日を、支援者が理解できる
- 理解したその人の情報を、**簡潔に**記録に残す  
～その人の資料はその人のために使う  
後の支援者のためにもなる



# 評価尺度：知的障害で使いやすいもの

## 自閉スペクトラム症

小児自閉症評定尺度（CARS-2）

親面接式自閉スペクトラム症評定尺度  
（PARS-TR）

ADOS?

## 適応行動／不適応行動

日本版Vineland II  
適応行動尺度

異常行動チェックリスト  
日本語版（ABC-J）

問題行動評価尺度短縮版  
（BPI-S）

日本語版反復的行動尺度  
修正版（RBS-R）

ADOS:Autism Diagnostic Observation Schedule

## 知的な能力／発達の状況

田中ビネー知能検査Ⅴ

遠城寺式発達検査

ウェクスラー式知能検査  
（WISC-Ⅳ・WAIS-Ⅲ）

## 感覚の特異性

日本版感覚プロファイル/  
感覚プロファイル短縮版

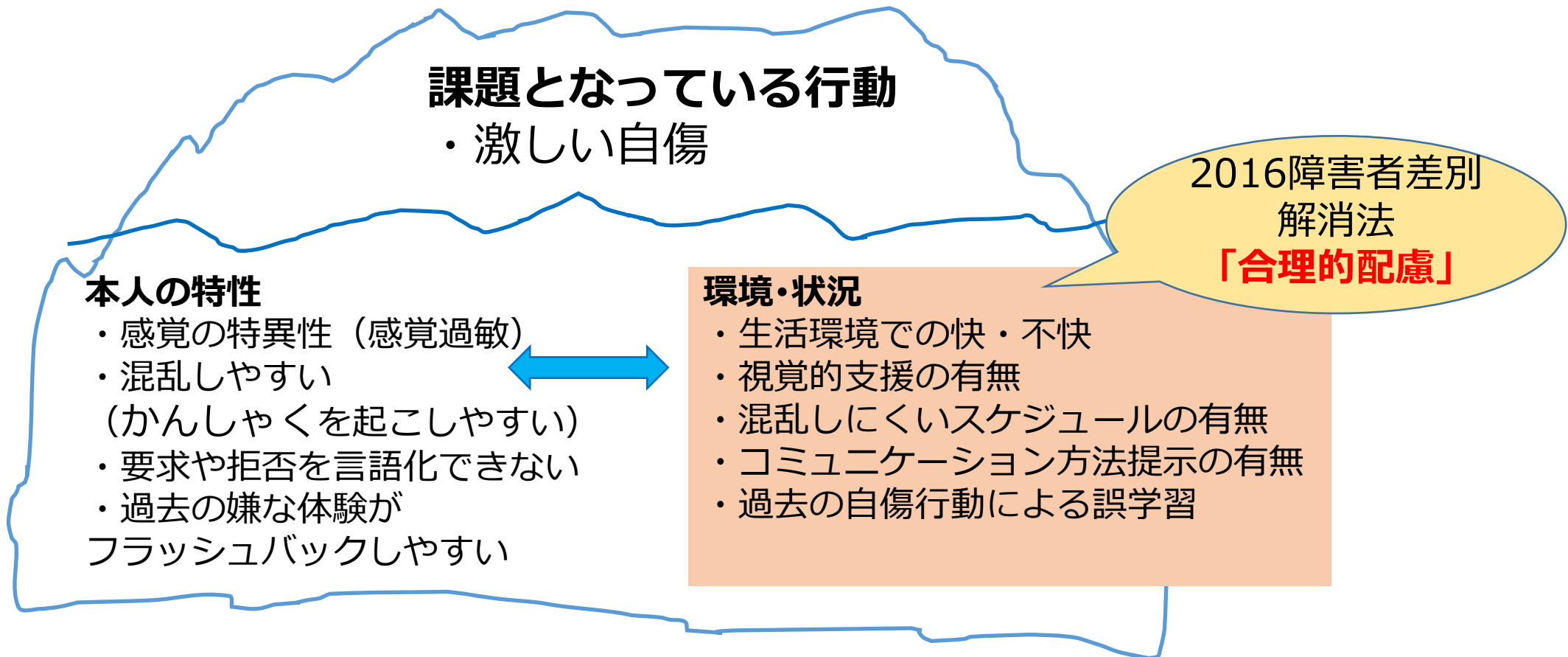
## 行動の原因

機能的アセスメント/  
ABC分析／機能分析（FBA）

※これらは「フォーマル」な評価と呼ばれます  
※日常の行動観察や背景情報などをもとにした  
「インフォーマル」な評価も非常に重要です

# 氷山モデル

⇒表面上の「行動」や「状態」の背景・理由は？  
(特に説明や表現ができない人の場合は？)



# 1－③ 行動障害がおきやすい状況・環境 ～自閉症特性や行動の機能に注目して～

- 氷山モデルでの海水に隠れた右側の部分
- その診断・障害特性をもつ人が、行動障害を起こしやすい状況や環境は？
- 環境調整や生活・コミュニケーション支援は上手くできているか？

\* ポイント：自閉スペクトラム症の特性理解  
「きっかけ⇒行動⇒結果」という観察・行動の機能分析

# 自閉スペクトラム症や知的障害の人が 行動障害を起こしやすい状況や環境

- 見通しがきかない
- 感覚刺激が過多、過小
- やることがない
- 命令される、指示される
- スケジュールや環境の変化
- 簡単すぎる課題、難しすぎる課題  
(活動、作業、学習内容が合っていない)
- 衣食住にまつわる不快がある
- 「行動障害の後の状況」がその行動を強めている

# 医療から見た強度行動障害とは？

- 強度行動障害の本態は、知的障害ではなく、自閉スペクトラム症を中心とする発達障害ではないか？
- 福祉で対応がうまく行かなかったのは、この点を見逃したからではないか？
- 長らく “動く重心”、と言われてきたが、“暴れる重心”、  
と言うべきではないか？

# 発達障害の抱えるいくつかの課題(1)

- 発達障害は平成17年に発達障害者支援法が施行されてから、社会的に注目を浴びるようになってきた
- 障害とされているが、特性とみられる部分もあり、外見だけでは、本人の抱える困難さが分かりにくい
- 最近の医学の診断分類では、神経発達症とされ、知的障害、ASD、ADHD、などがこの中に分類されている
- 知的障害を伴うものとそうでないものでは課題も異なる

# 自閉症スペクトラム障害 (ASD: Autism Spectrum Disorder)の支援のポイント

## ASDの人の学習スタイル

- ・視覚優位
- ・中枢性統合の弱さ
- ・独特の注意の向け方
- ・実行機能の困難
- ・感覚の特異性
- ・心の理論の弱さ

**刺激のコントロール・構造化・視覚化  
肯定的で一貫した対応  
がキーワード**



## 支援のポイント

- ・秩序だっていること
- ・予測できること
- ・明確で具体的であること
- ・慣れ親しんでいること
- ・興味、関心をいかす
- ・肯定的に伝える
- ・視覚的支援を活用する
- ・不要な刺激を減らす

## 第2節 行動障害と医療的アプローチ



## 2ー①強度行動障害と医療

1) 通常の疾患(主に身体的な疾患)の受診・入院

2) 施設や在宅からの一時的レスパイト入院

3) 行動障害そのものを軽減するための治療

\* 2)のニーズが高いが、在宅や施設に戻れなくなる例があり、  
➡医療機関が受け入れに消極的になる、という悪循環がある

# 出現しやすい身体合併症について

- てんかん発作

部分発作(脳の部分的な活動興奮による身体の局所的なピクツキや一瞬の意識消失)から強直間代発作(グーッと力が入ってがくがくけいれんする、呼吸が止まり口唇の色が悪くなる)まであり

- イレウス(腸閉塞)

腸の麻痺や閉塞(悪性腫瘍や腸自体のねじれによる)による腸管の通過障害により、嘔吐や便秘・腹痛など、抗精神病薬量が多い人でリスクが高い

- 外傷

骨折や脱臼などがあっても言語化できないこともあり

- 皮膚疾患

ちょっとした擦過傷をずっと触って治らない、保清ができないことによる皮膚炎の出現

- う蝕(虫歯)

歯磨きがきちんとできないことが多く、反すう・嘔吐等があれば胃酸の影響によりさらにう蝕になりやすい口の中の環境となる。また誤嚥により呼吸器感染の原因になることもある。患者特性によっては歯科治療中のリスクが高くなるため、全身麻酔が必要になる場合がある

- 呼吸器感染症

熱がはっきり出ないこともあり、発症や重症化が分かりにくい

# 医療機関外来でも使用できるツール



医療用絵カード  
京都府自閉症協会



プレパレーションの実践に向けて  
「医療を受ける子どもへの関わり方」  
子どもと親へのプレパレーションの  
実践普及 研究班

# てんかんを合併している場合の注意点

## 1. 行動障害はてんかん発作に関連しているか否か

- ・てんかん発作の前後に行動障害が悪くなる場合、てんかんの治療が行動障害を改善する可能性がある
- ・ただし、「てんかん発作＝大発作」ではなく、ぼーっとするだけの発作のこともある。
- \* ぼーっとするだけの発作は自閉症の「フリーズ(行動停止)」と鑑別が難しい

## 2. 抗てんかん薬が行動障害に関連しているか否か

- ・行動や精神症状に影響を与える可能性の高い抗てんかん薬  
イーケプラ(レベチラセタム)、フィコンパ(ペランパネル)  
エクセグラン(ゾニサミト)、トピナ(トピラメート)  
フェノバル(フェノバルビタール)  
～これらの薬を減量・中止することで行動障害が改善することがある
- \* ただし、個人差が大きいので主治医に確認すること

# 強度行動障害を伴う方の歯科について

## 日常の口腔衛生

日常生活における「歯磨き」の習慣づけは低年齢児からの介入により習慣化しやすくなると考えられる

- ・「自分磨き」: 咥えているだけ、すぐにおしまいでもかまわないので歯磨きという行為を認識してもらう
  - ・「仕上げ磨き」: 他者による行為(歯磨き)の受容をしてもらう
- ※歯磨きは散髪や爪切りなどと同様に受け入れにくいもののひとつであることが多いため、対象者の特性に合わせ応用できる方法(絵カードや動画など)を日常生活の中で模索し習慣化していくことが望ましい

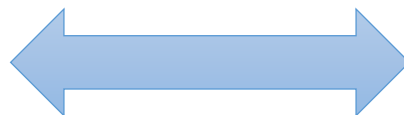
## 歯科治療

強い痛みや腫れ、外傷など緊急性のある場合以外は、行動療法からの導入が望ましい

【トラウマにさせないことに重点を置く】

### 緊急性のない場合

- ・行動療法による系統的脱感作と習慣化  
(コミュニケーションと慣れ)



### 緊急性のある場合 (痛み・腫れ・外傷など)

- ・抑制下での治療
- ・鎮静下での治療
- ・全身麻酔

ただし行動療法のみでは対応が困難なケースも多いため、抑制・鎮静下での治療や全身麻酔を選択する場合がある。強度行動障害を伴う知的・発達障害のある方の歯科的対応には専門的な技術が必要であると考えられるため、大学病院や障害者歯科を専門とする医療機関への受診を推奨する(国立障害者リハビリテーションセンター病院 歯科 熊澤海道Drスライド)

## 2－② 行動障害と薬物療法

- 薬物療法のみで行動障害の改善は期待できない(対症療法や行動全体の鎮静)
- 年齢や個人差による効果・副作用の差～「**Start low, Go slow**」の原則を忘れずに！
- 標的症状をしばって効果・副作用を記録(第3節「医療機関が欲しい情報」参照)

### 「Challenging Behaviour」より

- 処方する医療者は、絶望的な状況を緩和するために処方しなければならないという圧力と、一方でそのような処方に対する異議にさらされることで、身動きが取れなくなることも多い
- 器質的な脳機能障害が存在するため、向精神薬に対する反応はしばしば特異的である
- この対象では離脱症状がよく見られる。抗精神病薬減量のスケジュールとして、**1日量を月に20%減らす**ことを勧める

(Third Edition. Eric Emerson and Stewart L. Einfeld.2011)



# 発達障害に対する薬物療法(対象年齢が合致した赤字以外の処方は適応外処方)

分類	薬剤名(商品名)	標的症状とその効果	主な副作用
抗精神病薬	リスペリドン(リスパダール) <u>6~17才</u>	自閉症の易刺激性に有効	体重増加、月経異常など
	アリピプラゾール(エビリファイ) <u>6~17才</u>	自閉症の易刺激性に有効	体重増加など
	その他の新規抗精神病薬 オランザピン(ジプレキサ) クエチアピン(セロクエル)など	自閉症の興奮性に有効な可能性がある	眠気、体重増加など <u>オランザピン・クエチアピンは糖尿病で禁忌</u>
	従来の抗精神病薬 ハロペリドール(セレネース・リントン)	自閉症の興奮性に有効なことあり	<u>錐体外路症状(急性・遅発性)</u>
	従来の抗精神病薬 クロルプロマジン(コントミン) レボメプロマジン(レボトミン・ヒルナミン) プロペリシアジン(ニューレプチル)など	興奮性への効果は様々	過鎮静、錐体外路症状(急性・遅発性)
抗うつ薬	フルボキサミン(ルボックス)	抑うつ・不安に有効なことあり (反復的行動に対しては効果は確実ではない)	消化器症状など ロゼレムとは併用禁忌
気分安定薬	バルプロ酸(デパケン、セレニカ)	興奮性や躁症状への効果は様々	高アンモニア血症、血小板・血球減少など
ADHD治療薬	<u>中枢刺激薬(医師、薬剤師、服薬者登録制)</u> <u>メチルフェニデート徐放錠(コンサータ)</u> <u>リスデキサメフェタミン(ビバンセ) 6~17才</u>	ADHD症状を伴う人には有効なことあり (確定診断必要)	食欲低下・不眠など IQ50未満や重症のチック症例では望ましくない
	<u>アトモキセチン(ストラテラ)</u>	ADHD症状を伴う人には有効なことあり	消化器症状など、緑内障には禁忌
	<u>guanfacine塩酸塩徐放剤(インチュニブ)</u>	ADHD症状には有効なことあり (確定診断必要)	血圧低下、不整脈など
睡眠薬	メラトニン・メラトニン受容体作動薬 (メラトベル・ロゼレム)	不眠に有効なことあり	フルボキサミンと併用禁忌
	ベンゾジアゼピン系	不眠に有効なことあり	脱抑制による落ち着きのなさ、ふらつき転倒

## 向精神薬の副作用としての錐体外路症状

症状名	状態
アカシジア	落ち着きがなくなり、足がむずむずしてじっとしてられない。静座不能
急性ジストニア	抗精神病薬投与初期に、身体の筋肉がひきつれを起こし、首が横に向いたり、身体を反転させたり、舌を突出させたりする。眼球上転も含まれる。緩徐・持続性の奇妙でねじるような不随意運動
遅発性ジストニア	抗精神病薬長期服用による、持続性姿勢異常（痙性斜頸など）
遅発性ジスキネジア	抗精神病薬長期服用による。口周囲の場合、口をモグモグさせる特徴的な動きとなる。四肢や躯幹の場合は舞踏病様やアテトーゼ様（くねくねした動き）の不随意運動となる
アキネジア	動作緩慢や仮面様顔貌が重症化し、不動となる
流涎	咽頭や喉の筋肉の動きが低下することにより、唾液分泌過多となる
振戦	口、手指、四肢などの振るえ
筋強剛	関節を動かしたときに歯車がカクカクなるような歯車現象、重症ではろう屈現象（腕が曲がらない）



## 2ー③精神科入院治療でできること

できる



難しい

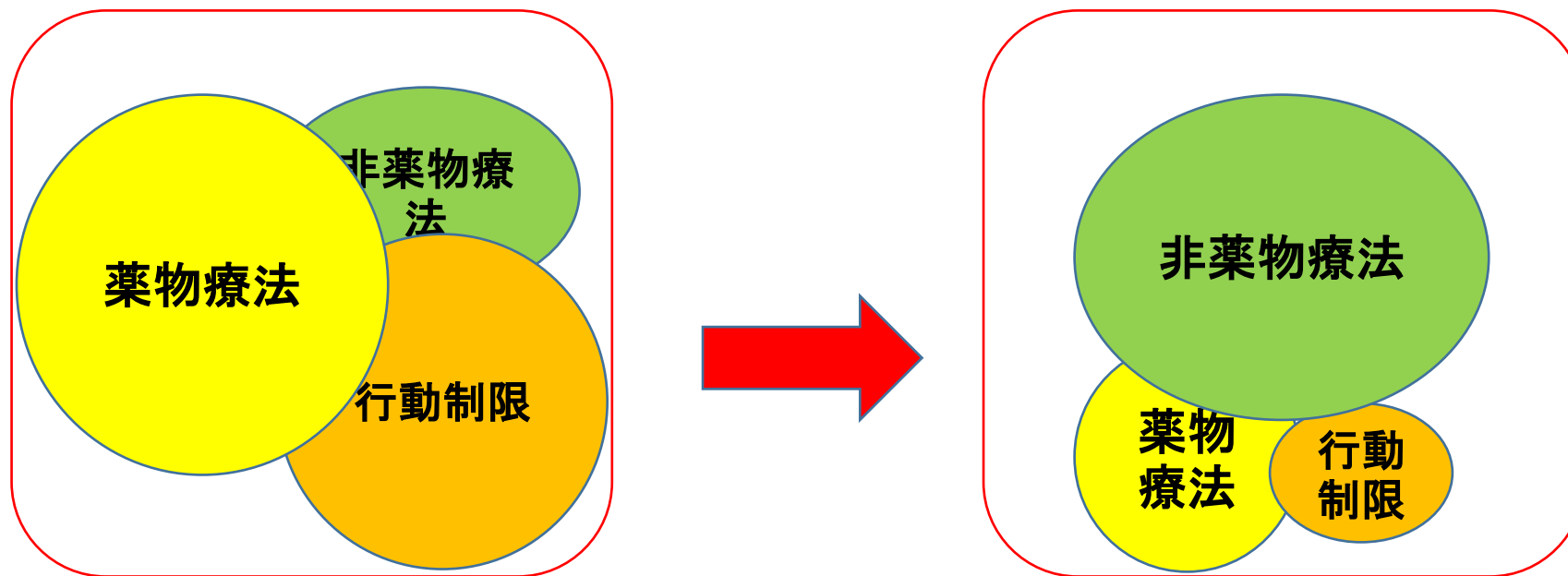
- 1) 緊急避難的な本人の保護
- 2) 家族や施設スタッフのレスパイト
- 3) 検査による身体状態の評価
- 4) 行動や情緒に関する評価(心理テスト・評価尺度)
- 5) 薬物調整
- 6) こだわり行動や行動障害のリセット
- 7) 行動療法や構造化による介入

①採血・尿  
②XP③心電図④CT・MRI

①田中ビネー知能検査・  
遠城寺式乳幼児分析的発達検査  
②CARS・PARS-TR  
③ABC-J・BPI-S  
④感覚プロファイル

・ CARS:小児自閉症評定尺度    ・ PARS-TR:親面接式自閉スペクトラム症評定尺度  
・ ABC-J: 異常行動チェックリスト日本語版    ・ BPI-S:問題行動評価尺度短縮版

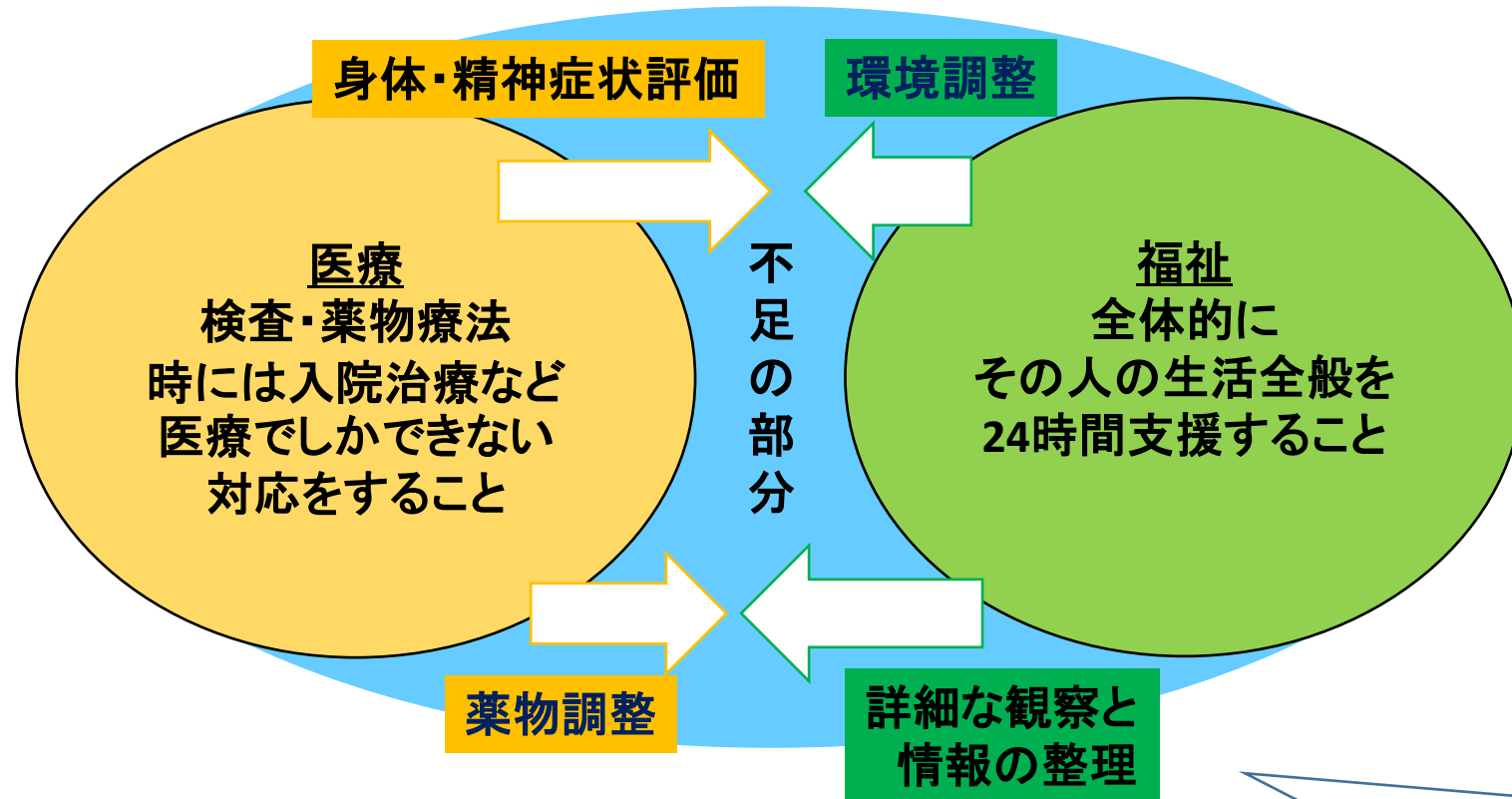
# 行動障害と医療的アプローチ



転換点にすべき！

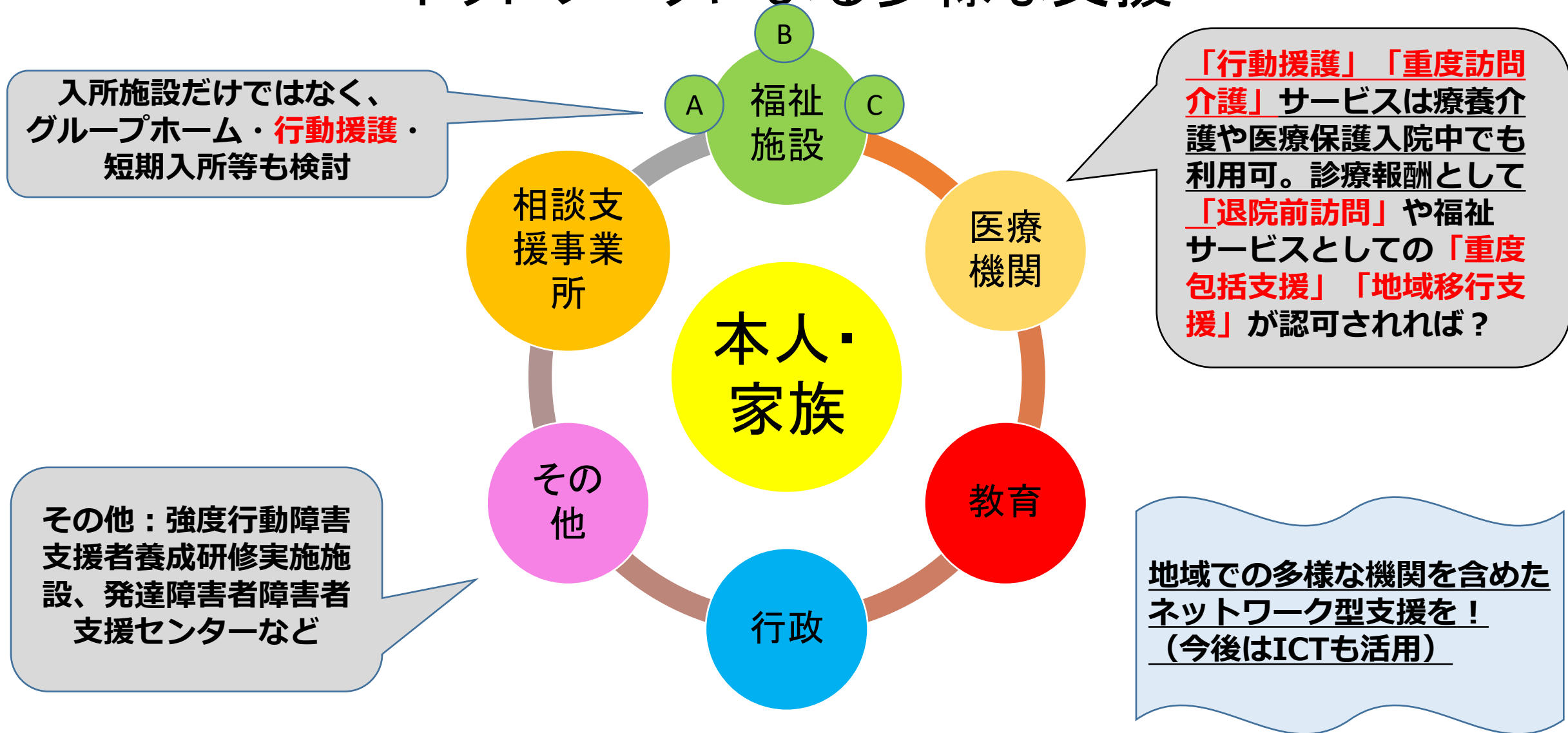
## 第3節 関係機関との連携

### 3ー① 福祉と医療のそれぞれの役割 ～従来のイメージ～



「一医療機関、一福祉事業所が双方の努力でなんとかする」・・・では、  
強度行動障害の支援/医療の場合、無理が生じる！！

# 強度行動障害の望ましい支援 ～ネットワークによる多様な支援～



# 特別支援教育における自閉症の児童生徒の対応

## 1 自閉症の児童生徒の就学先

		小中学校			高等学校				
		特別支援学校	普通教育			特別支援学校	普通教育		
			特別支援学級	通級による指導	通常の学級		特別支援学級	通級による指導	通常の学級
自閉症	知的障害が対象	○	○	○	知的障害が対象	設置されていない	設置することが可能になった	○	
ADHD		○	○	○				○	
LD			○	○				○	

- 特別支援学校は、知的障害の児童生徒が対象。知的障害のない自閉症の児童生徒は入学できない
- 小中学校の自閉症・情緒障害特別支援学級は、知的障害のない自閉症の児童生徒も対象
- このため、知的障害のない自閉症の児童生徒は、小中学校で特別支援学級に通学していても、特別支援学校の高等部に入学できない。
- 特別支援学級は、8人で1学級。特別支援学校は、6人で1学級。学級の数に応じた教員が配置される（特別支援学校が手厚いと言われる理由。あくまで教員の人数で、講師等を含めると一概には言えない）
- 特別支援学校の重複学級は、3人で1学級。重複とは、視覚、聴覚、肢体、知的、病弱・虚弱の5障害が重複している児童生徒。知的障害＋自閉症の児童生徒は対象外。このため、強度行動障害の児童生徒といえど、その理由だけで少人数学級の対象ではない

## 2 施設・病院に入所・入院している児童生徒の就学

- 基本的には、当該施設がある市区町村教育委員会が就学相談を実施する。障害の状態によって、通常の学級（通級による指導）、特別支援学級、特別支援学校に就学する（施設を居住地と判断する）
- 病院の場合も、病院から学校に通学する場合は、基本的に同じ。ただし、院内学級を設定してある病院や、特別支援学校の教員が訪問指導する場合もある

# 保護者との連携

- 連携する機関それぞれでの保護者との連携と情報共有
- 保護者に対する病院心理士の介入
- ペアレントメンター
- 国立のぞみの園の強度行動障害支援者養成研修(指導者研修)で秩父学園職員が語っていた言葉・「保護者は強度行動障害を伴う子どもとの関わりの中で、傷ついている」

# 保護者からの意見

## A. 予防と回復

### 1. 予防方法と悪化させない（強度化させない）方法を確立して欲しい（初期兆候での対処法）

過去の経験から、そもそも強度行動障害児者にならないで済んだはず（予防）  
学校や施設での生活が原因である場合でも、症状が出る家庭が原因とされる  
睡眠障害が兆しだったという親が多い

### 2. 強度化してしまったあとの治療法や福祉の対応方法を確立して欲しい

### 3. 回復後（軽減後）に再発させないための方法を確立して欲しい

## B. 発症原因別の対応方法を確立して欲しい（親たちのこれまでの経験からの分類）

### 1. フラッシュバック型・・・いちばん対処が難しい。

場（例：家庭、車中）には、きっかけはあっても場が原因ではない  
原因である過去にタイムスリップするきっかけ（例：「あの道だ」）はどこにでもある  
きっかけをゼロにはできない。強度の負の体験を元々しないで済むようにして欲しい  
親は経験的に低覚醒の時に起こりやすいと考え、目と手を使う興味を持つ作業等に気を向けさせる

### 2. 脳内等に生じたなんらかの不快感や不安、怒りからの脱出のための代償行為？型・・・表情が急変 肉えぐり、引っ掻きなどの自傷行為が、強い刺激での切替え？という積極的代償行為に思えるため

### 3. 癖定着型（誤学習型or感覚遊び）・・・例：眼鏡を見ると払い落とさないと気が済まない 目突き、噛みつき、髪引きなど

### 4. 衝動型・・・1～3に併存している？ 行為後に本人が「また、やってしまった」と落ち込む 防護具を本人が求める



## 3ー② よりよい連携のために ～医療機関が欲しい情報

### 1) 基本情報シート

これまでの診断名、IQ、療育手帳や身体障害者手帳の種類、  
発達歴・最近の病歴、家族歴、既往歴・身体合併症の情報、通院内服歴

### 2) 健康管理シート

身長や体重、体温・血圧・脈拍もあれば

### 3) 生活・コミュニケーション支援シート

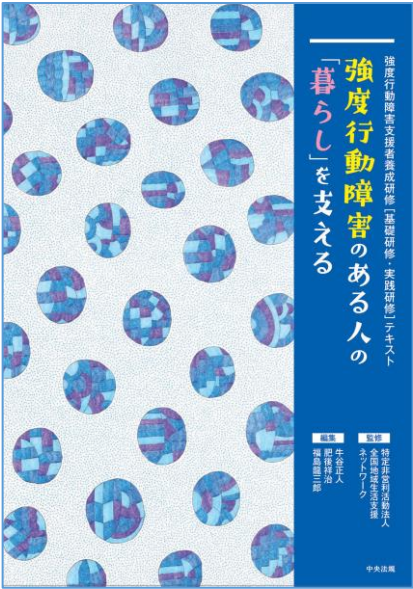
食事・排泄・入浴・睡眠・居室の様子、個別のスケジュールやコミュニケーションカード、余暇・作業活動の内容、写真やグッズそのもの

### 4) その他の資料

最近のお薬ノートや検診時の検査データのコピー

福祉➡医療へ：  
限られた時間で  
コンパクトに情報交  
換をする

参考：基本情報シート（医療機関連携用）



258P



21p

基本情報シート（医療機関連携用）												
氏名			性別	(男・女)	生年月日	年 月 日	年齢	( )歳				
診断名	①	《 行動障害記載欄 》										
	②	自傷	あり・なし	器物破壊	あり・なし	排泄関係	あり・なし	パニック	あり・なし			
	③	他害	あり・なし	睡眠障害	あり・なし	騒がしさ	あり・なし	粗暴	あり・なし			
	④	こだわり	あり・なし	食事関係	あり・なし	多動	あり・なし	その他	あり・なし			
	自閉スペクトラム症	あり・なし										
	てんかん	あり・なし										
		ありの場合	発作時の様子									
			発作の頻度	日・週・月・年に	( )回	最終発作	年 月 日					
	抗てんかん薬	あり( )	なし									
知的能力障害	あり・なし											
	ありの場合	IQまたはDQ		検査年月日								
		検査方法	WAIS-III・WISC-IV・田中ビネーV・遠城寺式発達検査・新版K式発達検査・その他( )									
家族歴	( 誰に )	何の疾患が										
	( 誰に )	何の疾患が										
既往歴 (身体疾患)	①	④	感染症	B型肝炎	あり・なし							
	②	⑤		C型肝炎	あり・なし							
	③	⑥		その他	あり( )・なし							
発達歴												
最近の病歴												
入院歴	①期間	( / / ~ / / )	・病院名( )									
	②期間	( / / ~ / / )	・病院名( )									
	③期間	( / / ~ / / )	・病院名( )									
福祉サービス	療育手帳	( A1・A2・B1・B2 )( A・B )										
	身体障害者手帳	( 1級・2級・級 )										
	障害年金	( 1級・2級・級 )										
	障害支援区分	(非該当・1・2・3・4・5・6 )										
					記載年月日	年 月 日	記載者					

参考：生活・コミュニケーション支援情報シート（医療機関連携用）

生活・コミュニケーション支援情報シート（医療機関連携用）

氏名	性別（男・女）		生年月日	年 月 日（ ） 歳		
生活支援	可動	運動機能（走れる・歩ける・歩行障害・車椅子使用）・補装具（あり・なし）				
	食事	食事形態：常食・一口大・刻み・ミキサー・トロミ		スキル：全介助・半介助・見守り・自立		
		こだわり	あり（ ）・なし	アレルギー：あり（ ）・なし		
		偏食	あり（ ）・なし	必要な物品（ ）		
		感覚過敏	あり（熱さ・冷たさ・味・匂い・食感）・なし	必要な補食（ ）		
		異食	あり（ ）・なし	必要な環境（ ）		
		詰め込み	あり（ ）・なし	工夫点：		
		食器投げ	あり（器⇒          テーブル⇒          ）・なし			
		その他	あり（ ）・なし			
	排泄	最終排便（    月    日）・最終排尿（    月    日    時）		スキル：全介助・半介助・見守り・自立		
		時間誘導の間隔（				

生活・コミュニケーション支援情報シート（医療機関連携用）

居室	異食	あり( )・なし		コミュニケーションカード：あり・なし		
	その他	あり( )・なし		その他視覚的支援：		
	工夫点：					
	メモ：					
他の感覚過敏	聴覚	( )				
	視覚	( )				
	嗅覚	( )				
	触覚	( )				
コミュニケーション	受容	視覚的理解（具体物・写真・イラスト・マーク・ひらがな・漢字）				
		言語理解ほか（身の回りの物の名前・身体の名称・色・数・単語全般・会話・ジェスチャー）				
		TEACCH（個別スケジュール・視覚的構造化・物理的構造化・ワークシステム）：グッズ（有・無）				
		その他				
	表出	言語ほか（身の回りの物の名前・身体の名称・色・数・単語全般・会話）				
		PECS（絵カードコミュニケーションシステム）：グッズ（有・無）				
		他のコミュニケーションカード（余暇物品・食事関係・お菓子・排泄関係）				
		他の表出（クレーン現象・指さし・ジェスチャー）				
		快表現（ ）：不快表現（ ）				
		その他				
	対人関係	（孤立型・受動型・積極奇異型）				
		好きな相手（ ）・苦手な相手（ ）				
	日中活動	余暇活動	情報提供元（自宅・学校・放課後等デイサービス・福祉事業所）			
			内容（ ）			
普段の様子写真（あり・なし）			道具持参（あり・なし）			
自立課題（ワーク）		情報提供元（自宅・学校・放課後等デイサービス・福祉事業所）				
		内容（ ）				
		普段の様子写真（あり・なし）		道具持参（あり・なし）		
		強化子（あり： ）・なし		強化方法（即時強化・トークン・ポイント）		
運動		情報提供元（自宅・学校・放課後等デイサービス・福祉事業所）				
		内容（ ）				
		普段の様子写真（あり・なし）		道具持参（あり・なし）		
		強化子（あり： ）・なし		強化方法（即時強化・トークン・ポイント）		
集団適応		大集団	可・不可・支援があれば可（ ）			
		小集団	可・不可・支援があれば可（ ）			
**クライシスプラン**						
	（※ハハ※）いつもの様子		(>_<)注意サイン			
状態			(T_T)介入が必要			
予防介入						

# 3ー② よりよい連携のために ～医療機関が欲しい情報

- 特に薬物調整中の人では ～ 月単位の状態記録(支援者同士も情報の視覚化を)

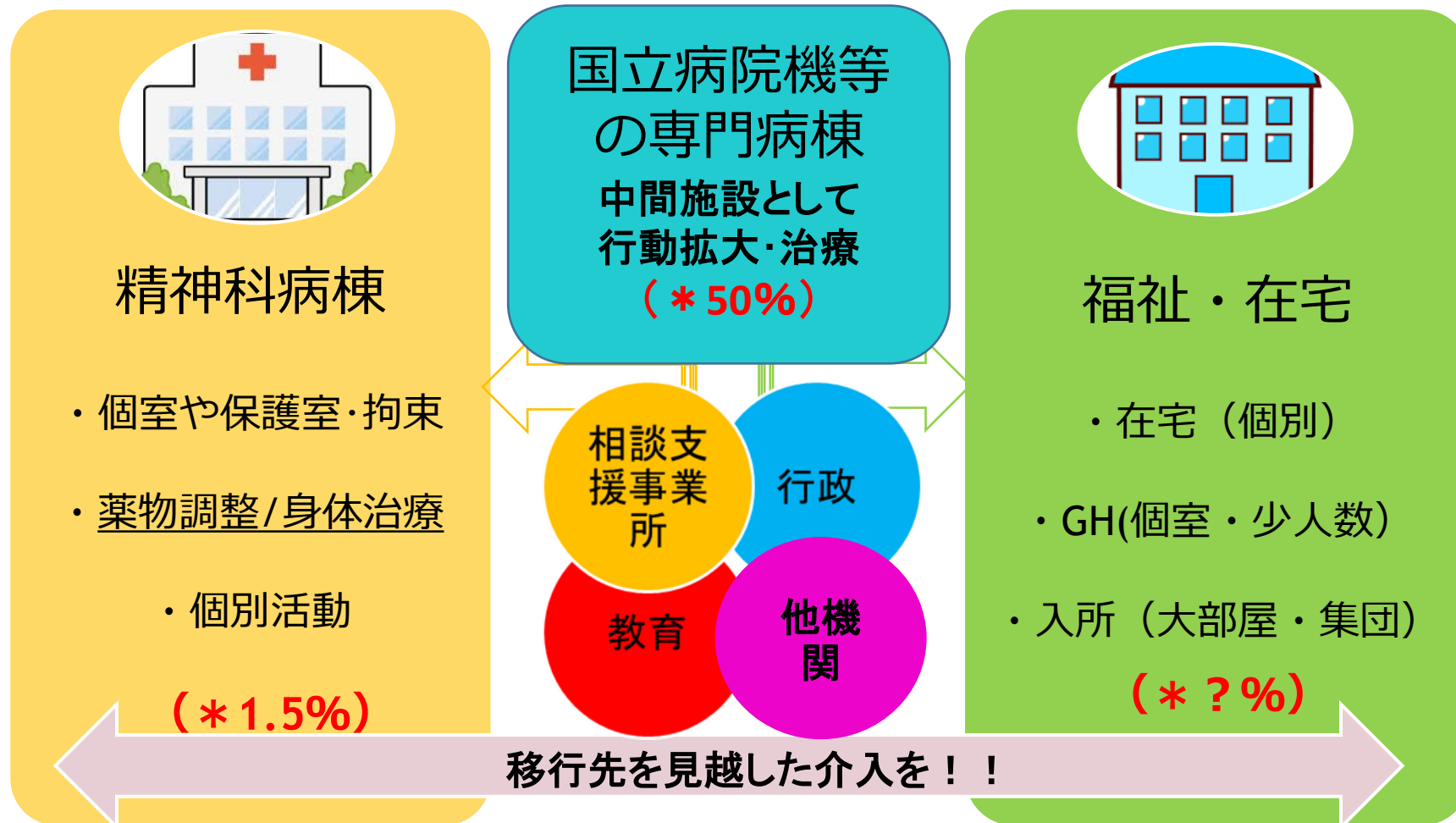
日付 /時間	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	備考
1月1日										★	☆ リ		吐												帰省
1月2日												☆													帰省
1月3日										★	☆ リ		吐												帰省
1月4日																									
1月5日										★	☆ リ		吐											眠	夜間他者の奇声あり
1月6日												☆												眠	寝具にこだわる
1月7日											☆														
…続く	* 受診時は、日常的に多くその人を支援している スタッフや家族の付き添いが役立ちます！																								

吐: 反すう嘔吐  
 ☆: 自傷  
 ★: パニック  
 リ: リスペリドン頓服  
 眠: 不眠時頓服  
 睡眠時間



行動測定のため、アプリケーションの活用も:  
 鳥取大学 Observation2 (google playやApp storeで入手可能)

# 強度行動障害を伴う人の医療から地域への 移行支援



\* 行動療法(応用行動分析)・TEACCH®自閉症プログラムにおける構造化導入率  
(2018, 田淵)

# 強度行動障害に関する私見(1)

- どうして強度行動障害事業を始めなければいけなかったか？
  - 知的障害の重さと対応の困難さは並行しない  
(知的障害の程度と知的障害手帳の度数は関連)  
IQが上がれば対応は楽になるのか？  
多くの困難さは神経発達症に基づいていた！

## 強度行動障害に関する私見(2)

- どうして強度行動障害特別処遇事業はうまくいかなかったのか？  
→福祉だけの事業として行うことに無理がなかったか？
- 神経発達症が強度行動障害の本質であることを理解していなかった？
- 特定の施設に移って対応することに無理はなかったのか？

# 強度行動障害に関する私見(3)

どうして医療の中で、強度行動障害は中心的に扱われなかったのか？

- 福祉関係者の中にある医療忌避感？
  - 医療関係者も知的障害が本質と誤解していた
  - 福祉に良質な医療が提供されてこなかった
- 激しい強度行動障害の対応には、一定の割合で医療が関与する必要性がある！
- \* 医療モデルと社会モデル？



## 強度行動障害に関する私見(4)

どうして強度行動障害者に医療は関与できなかったのか？

- 強度行動障害は知的障害の問題であると考え、病院では長期在院者を作り、施設化を起こした
- 保護者にとって都合の良い部分もあった？
- 医療関係者にとっても都合よい部分があった

→強度行動障害者の一部には、一定期間の専門的医療が必要であることを認め、医療との連携制度を確立するべき

\* 成人の発達障害医療が確立されていない！

# 激しい強度行動障害への望ましい対応

- スタッフ一人で対応しない
- 行動障害の意味を皆で考える
- 事例検討会を定期的に行き、話し合う
- うまく行った事例を積み重ねることで、スキルアップして行く
- なるべく多くのスタッフに共通認識してもらう
- 柔軟性ある対応こそ重要である